

2.

A técnica psicanalítica clássica e a prática analítica

2.1

As primeiras formulações sobre a técnica

Os trabalhos mais consistentes de Sigmund Freud dedicados à técnica psicanalítica foram publicados no período de 1912 a 1915. Nesses trabalhos, Freud apresenta as regras mínimas que devem reger a técnica de qualquer processo psicanalítico. Classicamente são quatro regras: a regra fundamental (regra da associação livre de ideias), a abstinência, a neutralidade e a atenção flutuante. Antes de expor, de forma mais detalhada, as regras fundamentais conforme foram apresentadas nesse período, cabe retrocedermos a dois artigos anteriores, “O método psicanalítico de Freud” (1904) e “Sobre a psicoterapia” (1905), nos quais Freud revela os germens das suas ideias a respeito da técnica.

No artigo “O método psicanalítico de Freud” (1904), o autor relata, brevemente, o percurso da psicanálise do método catártico praticado em 1895 até “o singular método psicoterápico” (FREUD, 1904/1989, p. 233) designado psicanálise. Em um primeiro momento, Freud explica que o procedimento catártico pressupõe que o paciente seja hipnotizado para que sua consciência fosse ampliada. O método consistia em levar o paciente a retroceder ao estado psíquico em que o sintoma surgira pela primeira vez com o intuito de trazer à superfície lembranças, ideias e impulsos que se encontravam até então excluídos da sua consciência. Tais processos anímicos suprimidos, uma vez comunicados ao médico, emergiam permeados de intensas expressões afetivas que se encontravam, até o momento, “estranguladas”. A eficácia do procedimento catártico estava justamente ligada à função de descarga do afeto “preso às ações psíquicas suprimidas” (FREUD, 1904/1989, p. 233).

O método catártico elaborado por Joseph Breuer (idem) já havia deixado de utilizar a sugestão, e Freud deu o próximo passo ao introduzir mudanças técnicas que o levaram a novos resultados, a saber, o abandono da hipnose. O método substituto encontrado por ele para ter acesso ao material psíquico que lhe interessava, antes exposto pela ampliação da consciência via hipnose, foi o da associação (nesse artigo Freud ainda não utiliza o termo *associação livre de ideias*). No lugar da hipnose, Freud passa a pedir que seus pacientes falem

livremente, sem excluir de sua comunicação pensamentos involuntários ou perturbadores que cruzem a trama do que é exposto intencionalmente. O primeiro caso no qual Freud abandona a hipnose e passa a estimular, a incitar o paciente à recordação foi o de Elisabeth von R, apresentado em “Estudos sobre a Histeria” (1893-95). Para Etchegoyen (1987), a história clínica de Elisabeth von R apresenta um procedimento intermediário entre o método catártico de Breuer e a psicanálise propriamente dita, pautada na associação livre de ideias. Essa técnica intermediária foi convencionalmente nomeada de *coerção associativa*, uma vez que o paciente era estimulado a recordar os acontecimentos traumáticos e sexuais esquecidos. Procedendo dessa maneira, ele percebe que no relato de seus pacientes aparecem lacunas na memória. E quando o paciente é estimulado a preencher tais lacunas, as ideias que emergem são repelidas por serem contrárias à ética, à estética, à moral, até o momento no qual, ao recordar, um franco mal-estar é sentido pelo paciente. A conclusão a que Freud chega após passar por estas experiências é a de que tais amnésias são resultado de um processo de recalque motivado por sentimentos de desprazer. A conclusão complementar é a de que as forças psíquicas que originaram esse recalque estariam operando como resistência ao acesso às lembranças.

A introdução do conceito de resistência trará uma série de repercussões no nível da técnica, pois uma vez que se apresenta uma dinâmica de conflito, um jogo de forças, entre as representações sexuais intoleráveis e a consciência recalcadora, o exercício da coerção já não se justifica. Assim, melhor será deixar que o paciente fale livremente. Desta maneira, “uma nova teoria, a teoria da resistência, leva a uma nova técnica, a *associação livre*, própria da psicanálise, que se introduz como preceito técnico, a *regra fundamental*” (ETCHEGOYEN, 1987, p. 7). Como explicita Etchegoyen (1987) com a criação da associação livre, Freud se deparará com outros elementos frente aos quais a teoria do trauma e da recordação cederão seu lugar à teoria sexual, e também a noção de conflito não será vista apenas enquanto uma relação de forças entre recordar e esquecer, mas também entre forças instintivas e repressoras. Nesse contexto, se incluem a questão da sexualidade infantil, do complexo de Édipo, do inconsciente com suas leis e seus conteúdos, da teoria da transferência, entre outros, assim como a *interpretação* como instrumento técnico fundamental.

Ao permitir que seus pacientes falem livremente, Freud dará importância às ideias não intencionais que surgem ao longo do discurso do paciente, pois o que lhe interessa é a relação que elas têm com o material psíquico recalcado. Trata-se, portanto, de avançar das associações até o material recalcado e trazer à consciência aquilo que era antes inconsciente. A técnica desenvolvida por Freud para realizar essa tarefa é apresentada como uma arte de interpretação cujo objetivo é “extrair do minério bruto das associações inintencionais o metal puro dos pensamentos recalcados.” (FREUD, 1904/1989, p. 235). O autor faz a ressalva de que a interpretação não visa apenas às ideias dos doentes, mas também os sonhos, as ações desprovidas de intenção ou planos (atos sintomáticos) e os erros cometidos cotidianamente (lapsos, atos-falhos, entre outros). A meta do tratamento é, em última instância, “tornar o inconsciente acessível à consciência, o que se consegue mediante a superação das resistências” (FREUD, 1904/1989, p. 236).

No final do artigo, Freud apresenta os limites da aplicação da psicanálise e aponta quais são os casos que se configuram como indicados e quais são as contraindicações. Os casos mais favoráveis seriam aqueles no qual haveria uma psicose crônica “com poucos sintomas violentos ou perigosos” (FREUD, 1904/1989, p. 237), ou seja, todas as configurações de neurose obsessiva e os casos de histeria. Outra indicação para que se tenha proveito com a psicanálise, é a de que a pessoa seja capaz de um estado psíquico normal, que tenha certo grau de inteligência e de desenvolvimento ético e que se encontre em uma faixa etária abaixo dos cinquenta anos. Caso a pessoa não se encaixe nesses requisitos e apresentem más formações de caráter ou idade avançada, o método psicanalítico mostra-se ineficaz frente às resistências.

Em “Sobre a psicoterapia” (1905), conferência pronunciada no Colégio Médico de Viena em 12 de Dezembro de 1904, Freud estabelece a diferença entre a psicanálise (conduzida pela técnica analítica) e as outras psicoterapias que existiam em sua época (conduzidas pela técnica da sugestão). Para ilustrar o seu argumento, ele se baseia no modelo pelo qual Leonardo da Vinci diferencia as artes. Segundo Leonardo, certas artes operam *per via di porre*, enquanto outras operam *per via di levare*. A pintura, por exemplo, “trabalha *per via di porre*, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona *per via di levare*, pois retira da pedra tudo o que

encobre a superfície da estátua nela contida” (FREUD, 1905/1989, p. 244). De maneira semelhante, as psicoterapias que trabalham com a técnica da sugestão buscam operar *per via di porre*, pois ao invés de investigarem a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, depositam algo – o material sugestivo – com o intuito de impedir a expressão da ideia patogênica. A psicanálise, por outro lado, não acrescenta nenhum material novo, mas antes, *per via di levare*, busca tirar, trazer algo para fora visando sempre à gênese dos sintomas e à trama psíquica envolvida na ideia patogênica para que possam ser eliminadas.

2.2

Transferência, resistência e técnica psicanalítica

As mudanças técnicas do método psicanalítico estão intimamente ligadas à maneira como Freud elaborou e reelaborou os conceitos de *transferência* e de *resistência*. As primeiras observações sobre a transferência e a resistência foram feitas em 1895, nos “Estudos sobre a Histeria”, e, posteriormente, no “Epílogo do caso Dora” escrito em Janeiro de 1901 e publicado em 1905. A partir desse momento, as considerações sobre os fenômenos da transferência e da resistência começam a exigir revisões na técnica que ganham o seu acabamento nas “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b) e em “Sobre o início do tratamento” (1913), ambos contemporâneos de “A dinâmica da transferência” (1912a).

Nos “Estudos sobre a Histeria” (1895), precisamente no ensaio “A psicoterapia da Histeria”, Freud destaca as dificuldades e desvantagens do método catártico, no que concerne ao encontro entre médico e paciente. No tratamento da histeria pode aparecer uma série de complicações derivadas da relação terapêutica. Logo, devem haver alguns critérios a serem cumpridos por parte do médico e também do paciente para assegurar o bom andamento do trabalho.

No primeiro momento do tratamento, Freud sublinha que para aqueles pacientes que se colocam nas mãos do médico e depositam sua confiança nele, torna-se:

quase inevitável que sua relação pessoal com ele assuma indevidamente, por algum tempo, o primeiro plano. Na verdade, parece que tal influência por parte do médico é uma condição

sine qua non para a solução do problema. (FREUD, 1895/1995, p. 281).

Mais adiante ele examina a relação médico-paciente, não mais pelo viés da condição de êxito do tratamento, mas como um obstáculo externo à superação da força psíquica da resistência. Nessas situações, o paciente pode estar “transferindo para a figura do médico as representações aflitivas que emergem do conteúdo da análise. Essa é uma ocorrência frequente e, a rigor, usual em algumas análises. A transferência para o médico se dá por meio de uma falsa ligação”. (FREUD, 1895/1995, p. 313). Cabe ressaltar que, nessa assertiva, segundo nota do editor, a palavra ‘transferência’ aparece pela primeira vez na obra de Freud com um sentido psicanalítico. A resistência, enquanto obstáculo a ser superado, consiste na produção, pelo paciente, de comportamentos que entravam o progresso da terapia. O êxito do tratamento depende, portanto, do acesso ao núcleo patogênico mediante a superação das resistências, que se apresentam em camadas, e o acesso a cada uma esbarra num grau maior de resistência. A origem da resistência muitas vezes se expressa como uma repulsa do paciente a tomar conhecimento daquilo que reprimiu. Essa enérgica negação, ao ser interpretada na análise, pode ser, em seguida, acompanhada de “uma associação ou um ato sintomático que a confirme.” (MEZAN, 2011, p. 237).

Na análise do caso Dora, o conceito de transferência deixa de ser visto apenas como resistência, como obstáculo a ser superado, e se torna também uma exigência indispensável à técnica psicanalítica, pois Freud se convence “de que não há nenhum meio de evitá-la” (FREUD, 1905/1989, p.110). As transferências que o paciente faz para o médico podem ser ternas e amistosas, mas também podem ser hostis. Não obstante, todas são “reedições, reproduções das moções e fantasias que durante o avanço da análise soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico”. (FREUD, 1905/1989, p.110).

Em 1909, Freud profere uma série de conferências nos Estados Unidos, na Clark University em Worcester, que foram posteriormente reunidas sob o título de “Cinco lições de psicanálise” (1910 [1909]). O autor dedica uma de suas lições ao conceito de transferência, nos dando então um panorama dos avanços de suas ideias após a experiência com o caso Dora. Ele inicia a conferência introduzindo as suas descobertas acerca da sexualidade infantil e atribui a gênese dos sintomas

neuróticos aos componentes eróticos pulsionais, concluindo que os sintomas contêm as moções da vida sexual infantil do neurótico. Dando continuidade à sua exposição, Freud explica que o paciente neurótico direciona à pessoa do médico as suas fantasias libidinais inconscientes, ou seja, o paciente transfere para o médico um trecho de sua vida afetiva que foi recalcada e, por isto, não pode ser evocada conscientemente. Acerca das forças da resistência e da existência da repressão, Freud explicita que:

as mesmas forças que na situação presente se opunham à emergência das ideias esquecidas na consciência deviam ser, elas próprias, a causa do esquecimento, tendo expulso da consciência as experiências patogênicas. Denominei a este processo hipotético “repressão” e considerei que ele era comprovado pela inegável existência das resistências (FREUD, 1910 [1909]/1970, p. 25)

A resistência, assim, é a manifestação da repressão, e as lacunas do discurso indicam os pontos em que esta se exerceu com mais violência.

Podemos constatar que o conceito de transferência está apoiado em seu caráter libidinal e na sua ligação com a sexualidade infantil enquanto origem das patologias neuróticas. No processo analítico, Freud sublinha que a moção pulsional que o paciente não pode evocar é revivenciada na transferência. Uma vez que esta é estabelecida, o médico deverá, durante o curso do tratamento, ajudar o paciente a liberar a energia afetiva ali contida. Neste ponto, Etchegoyen (1987) considera que a teoria freudiana da transferência deve ser vista como completa e exata, pois se torna claro que:

a transferência é uma peculiar relação de objeto de raiz infantil, de natureza inconsciente (processo primário) e, portanto [...] que confunde o passado com o presente. [...]. Isso quer dizer que os sentimentos, impulsos e desejos que aparecem no momento atual e em relação a uma determinada pessoa (objeto) não podem ser explicados em termos dos aspectos reais dessa relação e sim, ao contrário, se as referir ao passado. (ETCHEGOYEN, 1987, p. 54)

Em “A dinâmica da transferência”, publicado em 1912, Freud chega a uma compreensão mais ampliada do mecanismo da neurose; logo, os fenômenos da transferência e da resistência também passam a ser mais detalhados. Neste artigo, Freud se propõe a resolver dois problemas: a origem e a função da transferência no tratamento psicanalítico. Para ele, a origem da transferência deve ser buscada

em certos modelos de conduta na vida erótica ou em estereótipos que serão constantemente repetidos, frutos da disposição inata e das experiências dos primeiros anos de vida. Ainda acerca da natureza da transferência, Freud faz a distinção entre dois tipos de impulsos eróticos: aqueles que passam por todo o processo de desenvolvimento psíquico e ficam à disposição da consciência, e aqueles que foram retidos no curso do desenvolvimento, ficando separados da consciência e da realidade, permanecendo inconscientes. A gênese e a intensidade da transferência estão relacionadas a essas moções pulsionais cujas representações foram apartadas da consciência e que, submetidas ao princípio do prazer, buscam satisfação através de uma descarga. Como o fenômeno da transferência é o mesmo dentro e fora da análise, a sua causa, portanto, não está relacionada ao método psicanalítico, mas à enfermidade, à neurose. Assim, a pessoa do médico é apenas mais um objeto a ser inserido nas “séries psíquicas” formadas pelo paciente, e que correspondem aos modelos privilegiados da sua satisfação libidinal: as imagens do complexo parental.

Outra questão trabalhada por Freud nesse artigo pode ser sintetizada na seguinte pergunta: por que a transferência aparece durante o tratamento psicanalítico como resistência? Para o autor, a libido não é capaz de se dirigir à realidade e à consciência quando se encontra em estado de repressão, devido à frustração presente na atualidade e à atração dos complexos inconscientes. Essa libido que não adquiriu seu pleno desenvolvimento se torna inconsciente e passa a alimentar as fantasias e as imagens infantis do sujeito, isto é, o complexo de Édipo. Esse processo patológico, pré-condição para que surja a neurose, é apresentado por Freud a partir de um termo introduzido por Jung¹: a *introversão* da libido. No tratamento psicanalítico, o analista persegue a libido em seus processos regressivos, para tentar torná-la, mais uma vez, acessível à consciência e próxima à realidade. Nesse momento, o analista se torna um inimigo das forças de regressão e de repressão que irão, por sua vez, atuar como resistência. Torna-se claro que, em um primeiro momento, as moções eróticas inconscientes, gênese da transferência, atuam como necessárias para o estabelecimento de um vínculo entre

¹ Jung utiliza o termo *introversão*, pela primeira vez, em 1910 no artigo “Sobre os conflitos da alma”. Segundo Laplanche e Pontalis (2004), Freud admite o termo *introversão*, mas faz reservas quanto à sua extensão. Em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914c), por exemplo, Freud critica o amplo emprego que Jung faz do termo quando designa a psicose como neurose de *introversão*.

o médico e o paciente. E, em um segundo momento, quando o médico busca tornar conscientes tais moções, os mesmos fatores que produziram a introversão irão atuar como resistência.

O problema central destacado por Freud é justamente a abordagem da transferência enquanto um fenômeno erótico que está, na análise, a serviço da resistência. Frente a esse impasse, ele apresenta duas formas de expressão da transferência: uma positiva, de cunho afetivo, e a outra negativa, de caráter hostil. A transferência positiva pode ser ainda subdividida em transferências amistosas que são admissíveis à consciência e vividas a partir de sentimentos afetivos, e transferências de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente. Em relação a estas, ele destaca que todas as relações de simpatia, amizade, confiança, assim como emoções análogas estão vinculadas à sexualidade e a desejos sexuais que foram desenvolvidos a partir da suavização de objetivos sexuais. No tratamento, apenas a transferência negativa e a positiva relacionada a impulsos eróticos reprimidos se apresentam como resistência e, por isso, devem ser eliminadas quando tornadas conscientes.

O bom êxito da análise, conclui Freud, depende da resolução da luta que se estabelece no campo da transferência. Trata-se, apesar de todas as dificuldades para o médico, de utilizar o imediatismo e a intensidade da situação transferencial para mostrar ao paciente os seus impulsos eróticos esquecidos, já que “é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*”. (FREUD, 1912a/2006, p. 119). Os dois elementos essenciais que podemos destacar nesse artigo nos parecem ser a ligação que Freud estabelece entre a transferência e o complexo de Édipo e a possibilidade de manejar os fenômenos a ela vinculados, o que permite a interpretação e a comunicação ao paciente dos seus impulsos reprimidos, atualizados na sessão, tornando possível a tomada de consciência no que diz respeito a eles.

No mesmo ano Freud publica “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912b). Nesse artigo, ele apresenta uma série de recomendações técnicas oriundas de sua experiência e que tem por objetivo poupar aos médicos que exercem a psicanálise esforços desnecessários e resguardá-los contra algumas inadvertências. De forma sucinta, Freud toca em diversos pontos passíveis de se tornarem impasses, como por exemplo, o receio de se esquecer de todos os detalhes que cada paciente comunica no decurso de meses e anos de tratamento,

assim como a atitude do analista de tomar notas durante a sessão. Preocupações que Freud busca apaziguar, uma vez que esse dispêndio de energia apenas viria a prejudicar a regra fundamental para o analista, a saber, a contrapartida à associação livre do paciente, a *atenção uniformemente suspensa*. Para evitar erros demasiados cuja fonte é os sentimentos do próprio analista, Freud apresenta o modelo do cirurgião que “põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível.” (FREUD, 1912b/2006, p. 128). Essa maneira de conduzir o processo analítico “cria condições mais vantajosas para ambas as partes: para o médico, uma proteção desejável para sua própria vida emocional, e, para o paciente, o maior auxílio que lhe podemos hoje dar” (FREUD, 1912b/2006, p.129). Ainda acerca da postura do analista, Freud sublinha na sétima recomendação que o médico, portanto, “deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado” (FREUD, 1912b/2006, p. 131). Posição que sustentará até seus últimos escritos que tocam questões relativas à técnica, como em “Análise terminável e interminável” (1937a) e “Esboço de psicanálise” (1940 [1938]).

Em 1914, no trabalho “Recordar, repetir e elaborar”, Freud introduz o conceito de *neurose de transferência* e submete a transferência à noção de repetição. O início do artigo remete aos primórdios da psicanálise, época na qual o método catártico utilizava a hipnose para possibilitar a recordação e a ab-reação por parte do paciente. Com o método psicanalítico trata-se de utilizar a *associação livre* para descobrir o que o paciente não conseguia recordar, mas repetia sem o saber. Ao contrapor lembrança à repetição, Freud afirma que o paciente repete ao invés de recordar e o faz sob a ação da resistência. Ele repete suas inibições, traços patológicos de caráter e, no decurso do tratamento, seus sintomas. O paciente, enquanto se acha em tratamento, “não pode fugir a esta compulsão à repetição” (FREUD, 1914a/2006, p. 166). Neste momento, Freud introduz a ideia de uma compulsão à repetição que se configura como uma modalidade de recordação. Dito de outra forma, o paciente neurótico recorda quando repete, mas sem tomar consciência de que o está fazendo. Essa repetição se apresenta como uma transferência do passado esquecido para a figura do médico. Além disto, o paciente também transfere para ele outros aspectos de sua vida (do paciente) que venham a ocorrer durante o tratamento, tais como a entrada ou saída de um

trabalho, o término ou começo de um namoro, etc. A transferência, portanto, é apenas um fragmento da repetição e que se encontra a serviço da resistência, pois, como Freud constata, “quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) que substituirá o recordar.” (FREUD, 1914a/2006, p. 166).

Uma vez estabelecido o vínculo entre médico e paciente, o principal instrumento para transformar a compulsão à repetição em um motivo para recordar é o manejo da transferência. Freud ressalta que com a ajuda do paciente que respeita as condições necessárias da análise, o médico obterá sucesso em fornecer um novo significado transferencial a todos os sintomas da patologia. Em outras palavras, o médico terá êxito em relação à compulsão à repetição de seu paciente, pois conseguirá “substituir a sua neurose comum por uma ‘neurose de transferência’, da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico.” (FREUD, 1914a/2006, p. 170).

No final do artigo, Freud se vê obrigado a debater ainda um ponto em relação à técnica analítica, a saber, a elaboração. Para ele, muitos analistas principiantes caem no erro de considerar que o término do tratamento consiste em superar as resistências do paciente, revelando-as para que se tornem familiares. Na maioria das vezes, no entanto, o simples fato de dar um nome à resistência não traz como resultado a sua desapareição. Deve-se, sublinha Freud, “dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise.” (FREUD, 1914a/2006, p. 170).

No mesmo ano de 1914, Freud escreve “Observações sobre o amor transferencial” (1915a) para tratar especificamente das transferências eróticas que podem acontecer em uma situação analítica. De forma sucinta, ele considera que a transferência erótica não é vantajosa para o trabalho analítico, pois, mesmo que uma paciente se porte de maneira dócil e gentil para com o médico, com o tempo ela passará a exigir que seu amor seja retribuído e perderá de vista o mais importante, o interesse no tratamento. Diante dessa situação, o analista nunca deve aceitar ou retribuir estes sentimentos demandados pelo paciente. Mediante esse fato clínico, Freud prescreve três posturas que o analista deve sustentar: neutralidade, abstinência e controle da contratransferência. Apesar de não ter chegado a elaborar uma teoria da contratransferência, em “As perspectivas futuras

da terapêutica psicanalítica" (1910a) ele a descreve como a resposta emocional aos estímulos que provêm do paciente, e adverte que o analista precisa superar as limitações da sua própria neurose, ou seja, os seus próprios “pontos cegos” (ETCHEGOYEN, 1987).

Ainda no ano de 1914, outro impasse clínico é colocado, a saber, que nem todos os pacientes estabelecem uma neurose de transferência. Ao investigar essa questão em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914c), Freud apresenta dois tipos de escolha objetal e distingue dois tipos de neurose que podem se apresentar na clínica. Quanto à escolha de objeto, o autor postula a existência de dois tipos que podem se apresentar da seguinte forma:

uma pessoa pode amar:

- (1) Em conformidade com o tipo narcisista:
 - (a) O que ela própria é (isto é, ela mesma),
 - (b) O que ela própria foi,
 - (c) O que ela própria gostaria de ser,
 - (d) Alguém que foi uma vez parte dela mesma.
- (2) Em conformidade com o tipo anaclítico (de ligação):
 - (a) A mulher que a alimenta,
 - (b) O homem que a protege. (FREUD, 1914c/1974, p. 107)

De forma mais detalhada, Freud estabelece que no tipo de escolha anaclítica a escolha do objeto de amor recai sobre as pessoas que reproduzem o modelo das figuras parentais, na medida em que estas proviam à criança de alimento e a forneciam proteção. Garcia-Roza (2007) explicita que a escolha anaclítica ocorre, portanto, “num duplo registro: do das pulsões, em que há um apoio das pulsões sexuais nas pulsões de autoconservação; e, no que se refere aos objetos, cuja escolha é feita segundo o modelo do seio materno que se constitui como primeiro objeto de satisfação sexual.” (GARCIA-ROZA, 2007, p. 201). De maneira distinta, a escolha objetal do tipo narcisista não toma como modelo a mãe, mas a própria pessoa. Freud continua sua argumentação indicando que esses dois tipos de escolha objetal não são excludentes e não se apresentam em sua forma pura. Contudo, o tipo de escolha no homem e na mulher é bem marcada. Freud descreve então que apenas o homem é capaz de um amor objetal completo, uma vez que há uma transferência do narcisismo original da criança para o objeto sexual. Já na mulher, o narcisismo original é intensificado na puberdade a partir do

amadurecimento dos órgãos sexuais, o que a impede, pelo menos parcialmente, de uma verdadeira escolha objetal. Assim, Freud descreve que as mulheres:

[...] especialmente se forem belas ao crescerem, desenvolvem certo autocontentamento que as recompensa pelas restrições sociais que lhes são impostas em sua escolha objetal. Rigorosamente falando, tais mulheres amam apenas a si mesmas, com uma intensidade comparável à do amor do homem por elas. Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de serem amadas; e o homem que preencher essa condição cairá em suas boas graças. (FREUD, 1914c/1974, p. 105)

Há um caso, porém, em que a mulher, justamente pelo seu tipo de escolha narcisista, tem a possibilidade de estabelecer um amor objetal completo: este se dá na sua relação com o filho. A criança que foi gerada por ela, que foi parte de seu próprio corpo, a “confronta como objeto estranho, ao qual, partindo de seu próprio narcisismo, podem então dar um amor objetal completo.” (FREUD, 1914c/1974, p. 106).

Feita a distinção entre a escolha narcisista e a escolha anaclítica, podemos abordar os dois tipos de neurose que se apresentam na clínica. Freud inicia a sua argumentação sublinhando que “o valor dos conceitos ‘libido do ego’ e ‘libido do objeto’ reside no fato de que se originam do estudo das características íntimas dos processos neuróticos e psicóticos.” (FREUD, 1914c/1974, p. 91). Partindo desse estudo, ele apresenta que tanto um paciente que sofre de histeria quanto de neurose obsessiva desistem de sua relação com a realidade, uma vez que suas relações eróticas com as pessoas e as coisas são retidas na fantasia, ou seja, eles substituem os objetos reais por objetos imaginários. Assim, eles renunciam “à iniciação das atividades motoras para obtenção de seus objetivos relacionados àqueles objetos”. (FREUD, 1914c/1974, p. 90). De maneira distinta, o parafrênico²:

² Freud cunha o termo “parafrenia” em 1911 no trabalho sobre o caso Schreber, enquanto uma nomenclatura melhor apropriada que a de “esquizofrenia” introduzida por E. Bleuler, pois esta concepção se baseia em uma característica psicológica que não lhe é exclusiva, a cisão.

(...) parece ter realmente retirado sua libido das pessoas e das coisas do mundo exterior, sem tê-las substituído por outras na fantasia. (...) A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo. (FREUD, 1914c/1974, p. 91).

A partir dessa reflexão, Freud postula que, diferentemente das neuroses de transferência, em que há o retorno da libido para os objetos da fantasia, na neurose narcísica a libido é dirigida para o eu, tal como ocorre no caso do parafrênico. A consequência clínica deste desvio do interesse do mundo externo – de pessoas e coisas –, concluirá Freud, é que: “[os parafrênicos] tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados pelos nossos esforços.” (FREUD, 1914c/1974, p. 90).

Em resumo, as neuroses de transferência resultam de um conflito psíquico em que o eu recalca a sexualidade e as moções inconscientes são investidas em substitutos. Contudo, em 1914, Freud percebe que o próprio eu pode ser objeto da pulsão. Assim se coloca a diferença entre a libido narcísica e libido objetual, as quais funcionariam como vasos comunicantes que estabelecem entre si uma relação proporcional: quando uma se empobrece a outra se intensifica (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). A concepção de neurose narcísica, ou seja, de um investimento libidinal que se encontra retirado do mundo externo e que não foi substituído na fantasia, implica, por sua vez, em uma impossibilidade para o estabelecimento da transferência, o que suscita diversos problemas relativos à natureza e à eficácia da terapia.

Entre 1912-1915, Freud estabelece (MEZAN, 2011) de maneira definitiva a sua teoria das neuroses, após importantes modificações provenientes do reconhecimento das organizações pré-genitais sádico-anais³ e narcisistas⁴, assim como da complexidade metapsicológica contida do artigo de 1915⁵. As diferentes etapas da organização da libido, agora, se apresentam como resultado das

³ A noção de uma organização pré-genital da libido aparece pela primeira vez em 1913 no artigo “Uma contribuição ao problema da escolha da neurose”, e “mesmo assim restrita à organização sádico-anal. É nos acréscimos feitos em 1915 aos *Três ensaios* que a noção de organização aparece de forma mais ampla abarcando a organização “oral”, “anal-sádica” e, posteriormente “fálica”, sendo que esta última só é introduzida em 1923.” (GARCIA-ROZA, 2007, p. 102).

⁴ Este conceito surge após Freud conceber a existência de uma libido objetual e uma libido do ego (narcísica), distinção apresentada, em 1914, no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução”.

⁵ Trata-se dos quatro destinos e dos quatro elementos da pulsão, detalhados no artigo de 1915 “Os instintos e suas vicissitudes”.

transformações da pulsão sexual. Esta, enquanto força constante de energia, “pode passar pelas seguintes vicissitudes: reversão a seu oposto; retorno em direção ao próprio eu (*self*) do indivíduo; sublimação; repressão.” (FREUD, 1915b/1989, p. 147). A repressão enquanto destino pulsional não chega a ser trabalhada em “Os instintos e suas vicissitudes” (1915b), mas ganhará um trabalho à parte onde será apresentada “como um destino pulsional, particularmente complexo e decisivo para a emergência da neurose” (MEZAN, 2011, p. 248).

Ainda acerca do mecanismo geral das neuroses, Mezan (2011) o apresenta em sete etapas a partir da descrição de Freud de 1912, a saber: a primeira diz respeito à frustração da satisfação libidinal; em seguida temos a introversão da libido; uma vez que a libido é introvertida, ela passa a investir os objetos incestuosos infantis; por serem incestuosos, a quarta etapa é a da repressão do investimento; por conseguinte, fantasias são formadas de maneira substitutiva ou diretamente ligada ao reprimido; instaura-se um conflito devido ao ímpeto com que elas procuram aceder à consciência e à intensidade com que o ego se defende desse perigo e, por fim, a última etapa compreende a formação dos sintomas a partir das modalidades de cada neurose.

Dando continuidade à explicitação da teoria das neuroses e também da discussão da eficácia da técnica psicanalítica frente aos impasses clínicos, a elaborada análise que Freud faz da repressão e das suas consequências em cada distúrbio constitui um ponto importante. A repressão, em seu primeiro movimento, separa a carga de afeto da representação ideativa, tendo sido uma vez estabelecido o corte produtor do inconsciente. A repressão, nutrindo-se nas fontes da libido narcísica, impede que a representação desprazerosa chegue à consciência e a reenvia ao inconsciente; mas a energia libidinal que foi deixada livre mediante esta dissociação se converte em angústia e gera desprazer. Nessa conjuntura, a repressão busca eliminar a angústia, seja por meio de uma projeção para um objeto fóbico, seja pela via da somatização da carga de afeto, seja por um contra-investimento para formações psíquicas opostas às representações excluídas, estabelecendo assim as cerimônias obsessivas. A formação dos sintomas, portanto, se dá através desse mecanismo, o qual dá origem aos quadros clínicos característicos das neuroses de transferência. Já nas neuroses narcísicas, a regressão imposta pela repressão atinge as formas mais arcaicas da organização libidinal, produzindo os sintomas da paranoia e da esquizofrenia. Nestes casos, a

repressão age sobre o próprio investimento objetal inconsciente, o que resulta em um considerável afastamento da realidade exterior, fruto de um desligamento da libido em relação ao mundo, e, por conseguinte, na deflagração de tentativas de recuperação expressas, por exemplo, pelas formações delirantes⁶. Essa diferença entre o modo de constituição das neuroses de transferência e das parafrenias é crucial para a discussão dos limites terapêuticos, pois a técnica psicanalítica e o manejo da transferência se veem impotentes frente aos psicóticos.

Outro artigo importante de Freud para pensarmos a prática analítica é a conferência XIX das “Conferências de Introdução à Psicanálise” (1916-17) que traz o título “Resistência e Repressão”. Neste trabalho, Freud enumera as modalidades principais da resistência: a desobediência à regra fundamental da associação livre, seja pela cessação do fluxo de associações, seja pela profusão de absurdos que jorram quando a resistência age às claras; a oposição intelectual, que frequentemente se apresenta como uma sede de conhecimento sobre as teorias e conceitos psicanalíticos, de modo que a sessão é gasta na discussão de pontos afastados da problemática pessoal do paciente; e a forma mais elaborada de todas, que é a transferência. Diante do conflito psíquico do paciente e das resistências que este apresenta durante o processo analítico, Freud explicita, na conferência XXVII cujo título é “Transferência”, que

a solução do conflito neurótico só é possível quando os dois contendores se confrontam no mesmo terreno, isto é, no pré-consciente; realizar isto é o único objetivo da terapia (...). Aquilo que empregamos sem dúvida deve ser a substituição do que está inconsciente pelo que é consciente, a tradução daquilo que é inconsciente para o que é consciente. Sim, é isso. Transformando a coisa inconsciente em consciente, suspendemos as repressões, removemos as precondições para a formação dos sintomas, transformamos o conflito patogênico em conflito normal, para o qual deve ser possível, de algum modo, encontrar uma solução. Tudo que realizamos em um paciente é essa única modificação psíquica: a extensão em que ela se efetua é a medida da ajuda que proporcionamos. (FREUD, 1916/1976, p. 506-508).

⁶ Freud, na discussão sobre o caso Schreber escreve: “Assim, tudo tornou-se indiferente e irrelevante para ele, e tem de ser explicado através de uma racionalização secundária” (FREUD, 1911/2006, p. 77); e, mais adiante, grifa: “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, a tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/2006, p. 78).

Os aspectos até aqui enunciados estão referidos a primeira tópica freudiana e ao primeiro dualismo pulsional. Neste quadro, o conflito psíquico se dá mediante a oposição das pulsões de autoconservação e pulsões sexuais, dualidade que constitui, nesse período, o eixo de referência fundamental da investigação psicanalítica. De forma sucinta, em “A Concepção Psicanalítica Sobre a Perturbação Psicogênica da Visão” (1910b), já podemos vislumbrar um esboço da primeira teoria pulsional, que seria formulada de maneira mais organizada apenas cinco anos mais tarde. Neste artigo, Freud usa pela primeira vez a expressão “pulsões do Eu”, identificando-as às pulsões de autoconservação e à função do recalque. Ali, ele reafirma que a psicanálise concebe o psiquismo de maneira dinâmica, mencionando a constante interação entre forças que podem favorecer umas às outras ou então se inibir mutuamente. A respeito da característica de conflito das pulsões, Freud faz uma importante observação que remete à “oposição entre [as pulsões] que favorecem a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e [as demais pulsões] que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo” (FREUD, 1910b/1970, p. 223). Estas foram denominadas “pulsões do Eu”. Seguindo este raciocínio, ele explicita que a vida em sociedade exigiria que as pulsões sexuais fossem suprimidas, e o fracasso de tal operação constituiria a origem das neuroses. Em 1915, em “Os instintos e suas vicissitudes”, Freud elabora uma descrição mais esquemática das pulsões, acrescentando o caráter de pressão constante da pulsão (*Drang*) e, com isso, tornando mais evidente a sua tese de que o conflito psíquico é de ordem pulsional. O recalque, por sua vez, opera quando as representações inconscientes ligadas a uma pulsão sexual, que exige satisfação, ameaça provocar desprazer à conservação do eu consciente. O conflito instaurado se dá, portanto, entre uma sexualidade inconsciente, de um lado, e, de outro, um eu consciente que se esforça por se preservar.

Diante dessa organização do aparelho psíquico, o trabalho do analista consiste em alcançar, através da interpretação, o conteúdo inconsciente recalcado, de modo a liberar o afeto represado nos sintomas e a dissolver o arranjo patológico. A prática analítica se organiza a partir da tríade recordar-repetir-elaborar (FREUD, 1914a/2006): o paciente repete, no *setting*, o seu modo de funcionamento psíquico, determinado por seu inconsciente, como por exemplo, o seu modo de amar, que ele encena tomando o analista como mais um objeto de sua série amorosa. Em seguida, mediante as interpretações do analista, o paciente

elabora o conteúdo inconsciente até recordar a fantasia recalcada que se encontra na base dos seus sintomas. A dinâmica do par analítico consiste, portanto, no seguinte: o paciente apresenta, por meio da repetição, indícios de sua atividade sexual inconsciente; o analista os interpreta; a partir disso, o paciente elabora e o analista, então, avança com as interpretações até que o paciente chegue a recordar.

Nesse momento, podemos explicitar alguns pressupostos clínicos referidos à prática analítica, como: o sintoma é a expressão de um desejo inconsciente recalcado, ou seja, de um conteúdo fantasmático incompatível com a consciência que encontrou a sua satisfação via um arranjo sintomático; a transferência, por responder ao mesmo mecanismo patológico dos sintomas, é uma espécie de neurose substituta; o analista, frente às demandas de amor do paciente, deve frustrar e manejar tais investimentos, de modo a utilizá-lo como motor do tratamento; a interpretação do analista deve incidir sobre todo o conteúdo manifesto determinado pelo conteúdo latente, inconsciente e recalcado (sonhos, atos falhos, lapsos, sintomas, fantasias, entre outros); o intuito da interpretação é levar o paciente a transformar aquilo que ele repete em recordação, esta tendo um primado sobre a repetição e a elaboração; o esforço interpretativo do analista produz como efeito a recordação, pelo paciente, da fantasia inconsciente que alimenta os sintomas e a transferência, coincidindo, assim, com a sua dissolução e com o fim do tratamento.

2.2

A técnica psicanalítica sob o signo da pulsão de morte

Em 1920, no artigo sobre o “Além do princípio do prazer”, Freud relata que após vinte e cinco anos de trabalho o objetivo da psicanálise não é mais o mesmo. No início, o médico não tinha condições de fazer mais do que revelar o material oculto para o paciente, reunir os fragmentos e, no momento certo, comunicar a ele. A psicanálise, nesse momento, era exclusivamente uma arte interpretativa. Frente aos impasses encontrados e aos problemas terapêuticos, um novo objetivo se mostrou necessário: levar o paciente a corroborar a construção teórica feita pelo analista com a sua própria memória. Contudo, mais uma vez, o objetivo de tornar consciente o material inconsciente se mostrou improdutivo, já que o paciente não pode recordar a totalidade do que nele se encontra reprimido.

Nesse ponto, Freud considera o que foi anunciado a respeito da repetição do material reprimido em “Recordar, repetir e elaborar” (1914a) como se fosse uma força atual, e não do passado, acrescentando que estas repetições sempre têm como tema o complexo de Édipo “e são invariavelmente atuadas (acted out) na esfera da transferência, da relação do paciente com o médico.” (FREUD, 1920/1976, p. 32).

A grande mudança conceitual nas noções de transferência, repetição e compulsão à repetição ocorrida em 1920 surge a partir da introdução do conceito de *pulsão morte*. Retrocedendo aos trabalhos da primeira década de 1900, vemos que neles está presente uma tendência ao prazer em toda a dinâmica psíquica, a qual recebeu o nome de princípio do prazer. De forma sucinta, há uma relação do prazer/desprazer com uma quantidade de excitação e há também uma tendência do aparelho psíquico a manter baixa essa quantidade de excitação, ou pelo menos estável. Em 1920, por meio da observação da brincadeira que recebeu o nome de *fort-da*, Freud constata que há um prazer que pode ser obtido através da repetição, mesmo que esta provoque certo despreazer (no exemplo, a separação entre a criança e a mãe). A brincadeira, nesse caso, permitiria uma passagem da passividade para a atividade, na qual a criança tomaria pessoas ou objetos como substitutos dela mesma na situação de despreazer.

No entanto, existem certas circunstâncias em que a compulsão à repetição, originada a partir do inconsciente recalcado, não permite a experiência de prazer pela substituição; além disso, essa possibilidade de prazer nunca esteve vinculada ao princípio que marcaria tal tendência. Na clínica, Freud constata que existem certas resistências intransponíveis que irão exigir uma reformulação da primeira teoria pulsional e, em seguida, da primeira tópica. No que diz respeito a isto, podemos tomar como paradigma o tratamento do Homem dos Lobos⁷.

Freud atende Serguei Pankejeff, o Homem dos Lobos, entre 1910-1914, e no início do quarto ano de análise vê-se diante de intensas resistências impostas pela aderência transferencial de seu paciente. Visando à superação dessa barreira ao tratamento, Freud, seguindo o princípio de abstinência, aumenta a frustração por meio de uma atividade, a saber, fixando de forma unilateral um prazo para o

⁷ Caso clínico publicado em 1918 sob o título de “História de uma neurose infantil”

término da análise⁸. Em um primeiro momento, ele descreve todos os êxitos atingidos a partir da intensificação da frustração, e acredita que seu paciente estivesse curado após a reconstrução da cena traumática. Quatro anos depois, Freud se surpreende com a necessidade de recebê-lo outra vez em análise para “ajudá-lo a dominar uma parte da transferência que não fora resolvida” (GARDINER, 1981, p. 249). Mesmo depois disso, se viu obrigado a encaminhar o paciente a Ruth Mack Brunswick, ainda para tratar de “partes residuais da transferência” (GARDINER, 1981, p. 249), agora de caráter paranoico. Os efeitos iatrogênicos apresentados nesse caso fazem com que Freud perceba, poucos anos depois, “que o excesso que invade o psiquismo não está referido somente à excitação sexual e ao desejo, mas também e, sobretudo, à força disruptiva da pulsão de morte.” (KUPERMANN, 2011, p. 38). Em “Análise terminável e interminável” (1937a), ele faz alusão a este caso quando relata que certas atitudes dos pacientes podem apenas ser atribuídas a um “esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior; [neles] todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de forças são imutáveis, fixos e rígidos [...] – uma espécie de entropia psíquica.” (FREUD, 1937a/1975, p. 275). Mais adiante no artigo de 1937, Freud reafirma a existência de uma força que:

está se defendendo por todos os meios possíveis contra o restabelecimento e que está absolutamente decidida a apegar-se à doença e ao sofrimento [...] esses fenômenos constituem indicações inequívocas da presença de um poder na vida mental que chamamos de instinto de agressividade ou de destruição, segundo seus objetivos, e que remontamos ao instinto de morte original da matéria viva.” (FREUD, 1937a/1975, p. 276).

O caso do Homem dos Lobos, portanto, coloca Freud diante de uma força que o faz repensar a concepção do dualismo pulsional e do aparelho psíquico⁹. Essa reformulação frente aos impasses surgidos no final da segunda década do século XX, e que podem ser remetidas à análise do Homem dos Lobos, assim como às

⁸ Hoje sabemos que Freud tomou essa medida no início de 1914, indicando o final desse mesmo ano como o seu prazo limite.

⁹ Pois uma vez que o dualismo pulsional, Eros e Tânatos, é concebido, Freud constata que “o comportamento dos dois instintos primeiros, sua distribuição, mistura, fusão e desfusão [são] coisas que não podemos imaginar como confinadas a uma única província do aparelho psíquico”. (FREUD, 1937a/1975, p. 276).

neuroses de guerra¹⁰, trouxeram à tona a existência de resistências intransponíveis e de forças que não estão submetidas ao princípio do prazer.

Retomando, então, a discussão da relação entre a repetição e as resistências, Freud apresenta no artigo de 1920 a problemática acerca das neuroses traumáticas, conceito que surge como ampliação das neuroses de guerra – termo que denomina os quadros polimorfos observados em consequência dos traumas infligidos a muitas pessoas pela Primeira grande Guerra. Frente a esses quadros, que não eram facilmente explicáveis pela primazia do princípio do prazer, ele conclui que “a compulsão à repetição deve ser atribuída ao elemento reprimido no inconsciente (...) a resistência do ego serve ao princípio do prazer: ele procura evitar o desprazer que seria provocado pela emergência do material reprimido” (FREUD, 1920/1976, p. 33). Assim, Freud chega a uma segunda conclusão: a compulsão à repetição é mais arcaica que o princípio do prazer e não depende dele. É nesse sentido que o autor passa a considerar que a compulsão à repetição é uma tendência que estaria além do princípio do prazer. Em suas palavras: “uma pulsão seria, portanto, uma força impelente interna ao organismo vivo que visa a restabelecer um estado anterior que o ser vivo precisou abandonar devido à influência de forças perturbadoras externas” (FREUD, 1920/2006, p. 160). E, ao afirmar que “o objetivo de toda vida é a morte, e remontando ao passado: o inanimado já existia antes do vivo” (FREUD, 1920/2006, p. 161), dá uma nova configuração a sua teoria das pulsões e ao dualismo pulsional. Agora, este é dividido em pulsões de vida (ou Eros) e pulsões de morte. De forma sucinta, as pulsões de morte estão relacionadas a forças destrutivas e agressivas que têm por objetivo restituir o estado inanimado que existia anteriormente, o que está em consonância com o princípio de Nirvana - equivalente ao princípio de constância, que funciona no sentido de reduzir a zero ou manter o mais baixo possível o nível de excitação do aparelho psíquico -, sendo a morte o estado de menor excitação. As pulsões de vida, em contraponto, mantêm unido tudo o que é vivo, visando, em termos biológicos, à fusão entre corpos celulares, garantindo a imortalidade da substância viva.

A partir dessa reformulação, Freud afirma a existência de processos psíquicos inconscientes que não têm nenhuma tendência espontânea à inscrição

¹⁰ Trata-se do artigo “Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra” (1919)

psíquica. Nesse ponto, a compulsão à repetição vem se nodular as pulsões de destruição, e visam a um “além do princípio do prazer”, sublinhando, assim, o aspecto “demoníaco” da pulsão. A repetição enquanto forma imediata e cega à realização do desejo, não compactua com o ego, e é este que, em nome do princípio do prazer, resiste e bloqueia a rememoração, não permitindo outra saída ao reprimido senão se repetir indefinidamente. O próximo passo é saber agora a que finalidade a compulsão à repetição obedece.

Freud, nesse momento, retoma uma distinção estabelecida na época dos “Estudos sobre a Histeria”, precisamente, a hipótese sugerida por Breuer de dois estados de energia psíquica: “livre” e “ligada”, e a aplica à imagem de uma vesícula. No exemplo, temos uma vesícula que marca a existência de uma camada protetora de excitações que, ao receber uma quantidade de estímulos suficientemente forte, é rompida e, uma vez no interior da vesícula, essas excitações se encontram em estado “livre”. Esse rompimento de uma barreira protetora e, por conseguinte, o acúmulo de energia livre é o que Freud denomina de trauma. A tarefa do aparelho psíquico consiste então em restituir as condições do funcionamento do princípio do prazer mediante a religação das excitações para que estas possam ser descarregadas. Essa situação hipotética é transposta aos casos de neurose traumática cujos sonhos, Freud conclui, têm por conteúdo a reprodução da vivência traumatizante. Esses sonhos:

estão ajudando a executar outra tarefa, a qual deve ser realizada antes que a dominância do princípio do prazer possa mesmo começar. Esses sonhos esforçam-se por dominar retrospectivamente o estímulo, desenvolvendo a ansiedade cuja omissão constituiu a neurose traumática. Concedem-nos assim a visão de uma função do aparelho mental, visão que, embora contradiga o princípio do prazer, é sem embargo independente dele, parecendo ser mais primitiva do que o intuito de obter prazer e evitar o desprazer (FREUD, 1920/1976, p. 48).

Neste momento teórico, a conceituação de trauma é retomada, mas em um sentido diferente daquele atribuído a uma incidência essencialmente sexual associada à sedução concreta de um adulto em direção a uma criança, a saber, a antiga hipótese da sedução traumática que foi abandonada em 1897.

Na situação transferencial, o paciente repete na transferência os eventos dolorosos do seu passado, e essa ação é uma evidência de que aquilo que se repete

não foi “ligado”, isto é, não foi subsumido no ego, e, portanto foge ao processo secundário. Dito de outra forma (MEZAN, 2011), a repetição é o regime normal da pulsão em estado livre. Em termos tópicos, essa reformulação conceitual irá colocar problemas a primeira tópica, pois não se trata mais do conflito tópico entre consciente e inconsciente, “mas do conflito intrapsíquico instalado dentro do próprio ego. Este, em grande parte inconsciente, é também conduzido a alimentar a compulsão à repetição”. (BOKANOWSKI, 2002, p. 17).

Para desdobrarmos um pouco mais as relações entre compulsão à repetição e angústia dentro do modelo da segunda tópica, vejamos agora dois artigos centrais, “O Ego e o id” (1923) e “Inibição, sintoma e angústia” (1926). No primeiro, Freud apresenta o ego enquanto uma verdadeira sede de angústia, pois ele se encontra:

ameaçado por perigos originados de três direções [do id, do superego e do mundo externo], ele desenvolve o reflexo de fuga, retirando sua própria catexia da percepção ameaçadora ou do processo semelhantemente considerado no id, e emitindo-a como ansiedade. (FREUD, 1923/1989, p. 74).

A angústia neste caso é abordada como uma reação do ego, ou seja, como uma resposta a um perigo (uma defesa). Esta consideração traz uma dupla consequência (MEZAN, 2011). Ela desmantela a primeira teoria da angústia, pois retira da sexualidade o caráter exclusivo para a sua determinação e, por fim, relança o problema de saber qual é a sua gênese e a serviço de quais funções ela estaria. Esta é a questão central do ensaio “Inibição, sintoma e angústia” (1926), e que será apresentada no capítulo II cujo problema podemos formular da seguinte maneira: se, por definição, o desprazer só poderia ser resultado do aumento na carga de energia, como o deslocamento energético promovido pela repressão pode provocar tal efeito? Para Freud,

a resposta é que essa sequência causal não deve ser explicada de um ponto de vista econômico. A ansiedade não é criada novamente na repressão; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente. (...). Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos (FREUD, 1926/1976, p. 115).

A angústia, portanto, emerge da repetição, ou seja, a partir das similaridades percebidas entre determinada situação e o modelo primordial. O modelo fundamental que está na gênese da angústia seria aquele no qual o bebê percebe a falta da mãe e, em seu lugar, encontra outra pessoa, a quem não ama. A mãe é aquela que afasta o perigo que emerge da insatisfação de uma necessidade, ou seja, da “perturbação econômica pelo acúmulo de quantidades de estímulos que precisam ser eliminadas.” (FREUD, 1926/1976, p. 161). Uma vez que o bebê “se dá conta da sua falta, a angústia se antecipa ao perigo possível da mãe não estar presente no momento em que a tensão aumentar até níveis intoleráveis” (MEZAN, 2011, p. 309). É desta maneira que se constitui o “sinal de angústia”, como premonição ou como resposta a um perigo: precisamente, o da separação. Em relação à função da angústia, Freud explicita que ela, enquanto “sinal”, mobiliza o princípio do prazer para inibir o investimento dos desejos ameaçadores cuja tensão se torna insuportável. Diante desse embate de forças, aquelas de cunho repressor são obrigadas a ceder em certos pontos, permitindo a passagem das forças que provocariam desprazer sob a forma de sintomas. Dito de outra forma,

preferiremos dizer que os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo. Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza; (...). Podemos também acrescentar que a geração de ansiedade põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela, pois se o ego não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando ansiedade, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está preparando no id e que ameaça com perigo (FREUD, 1926/1976, p. 168-169).

Na situação traumática, a angústia não aparece apenas enquanto sinal de desprazer, mas também é revivida automaticamente diante do medo evocado pela situação de desamparo. Existem então duas faces da angústia, “por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada”. (FREUD, 1926/1976, p. 191). No que tange ao tratamento, Freud se encontra diante de uma série de dificuldades clínicas (BOKANOWSKI, 2002) que agora, sob o signo da pulsão de morte, irão abrir caminhos para outras operações psíquicas. Se até 1920, a investigação clínica tinha como norteadores apenas o interdito e o desejo representável na neurose de transferência, agora, as noções de entropia, do irrepresentável, do impossível ganham maior centralidade. Assim,

Freud abre caminho para que sejam consideradas operações psíquicas tais como: a denegação, a cisão, a recusa da realidade, a forclusão, a idealização e a projeção.

Confrontado com os limites engendrados pela pulsão de morte, com os limites da capacidade de representação psíquica e, conseqüentemente, também com os próprios limites do analisável, o projeto psicanalítico e a concepção do tratamento serão redefinidos. Como explicita Birman:

tanto no novo dualismo pulsional quanto na tópica de 1923 a questão do excesso pulsional se apresenta como a problemática fundamental da psicanálise, se colocando também para esta como o que define o limite do campo da representação. Assim, se o advento de Tanatos como pulsão sem representação – definida pelo silêncio e pela ausência de discursividade – já indicava os contornos da questão, a formulação da existência do “id” como uma instância mais abrangente que o “inconsciente” confere a este lugar restrito num contexto psíquico mais amplo onde impera a não-representação (BIRMAN, 1988, p. 28).

Assim, a investigação do excesso pulsional, que se expressa como irrupções, rupturas caóticas, marcas que fogem da ordenação psíquica, engendra o problema teórico e clínico da promoção de ligações, isto é, das simbolizações em análise face à incapacidade simbólica do sujeito para dominar essa energia que incide sobre o seu psiquismo.

Freud, diante dessas questões, procura então em “Análise terminável e interminável” (1937a), explicitar suas interrogações relativas às dificuldades e até mesmo os limites do método e da prática psicanalítica. E, posteriormente, em “Construções em Análise” (1937b), ainda confrontado com os limites impostos pela repetição - enquanto pura energia que não conduz a nenhum conteúdo a ser interpretado, elaborado e lembrado -, o autor propõe a alternativa de uma construção e comunicação, pelo analista, de fragmentos narrativos que não possuem como base a memória recalcada do paciente. Trata-se da tentativa de criar um sentido para o paciente a partir do agrupamento de fragmentos que, em si mesmos, não comportam um sentido oculto passível de interpretação.

Antes de encerramos essa seção, cabe explicitar que assim como Freud se deparou com uma série de impasses a partir da década de 1920, que o forçaram a promover alterações no campo da técnica e da teoria psicanalíticas, Ferenczi também se viu diante de dificuldades semelhantes que o levaram, no entanto, por

caminhos diversos. Esta época, precisamente a partir dos anos 1927-1928 até a morte de Ferenczi em 1933, será marcada por uma sucessiva discordância entre os dois autores. Podemos, a título de introdução para os seguintes capítulos, pontuar algumas delas.

A primeira pode ser situada a partir do Congresso de Berlim, em 1922, onde Freud, ciente dos impasses teórico-clínicos, propõe um prêmio para o melhor trabalho que desenvolvesse o tema das relações da técnica analítica com a teoria analítica, com o intuito de determinar em que medida a técnica influencia a teoria e, em que medida, ambas podem se favorecer ou se prejudicar. Ferenczi e Rank, estimulados por essa questão, escrevem separadamente e publicam em conjunto a obra “Perspectivas da psicanálise” (1924a).

Neste ensaio, ambos partem do artigo de Freud de 1914, “Recordar, repetir e elaborar”, e argumentam extensamente, em contraponto a Freud, que é a compulsão a repetição, e não a rememoração, a única e verdadeira expressão manifesta da transferência, e que deve ser o objeto do trabalho de elaboração durante o tratamento. Nesse momento, ambos preconizam que a análise deve enfatizar a “experiência do vivido” (*Erlebnis*) na transferência, em relação à recordação das lembranças e fantasias recalcadas. Temos aqui um ponto de tensão importante, pois Ferenczi e Rank estão sublinhando que a análise deve colocar o afeto a serviço do sentido, acolhendo esse material e inscrevendo-o em um processo de elaboração a dois, processo esse que implica a contratransferência do analista. É em relação a esse ponto que Ferenczi, em 1928, insistirá na importância da análise do analista, tomando-a como a “segunda regra fundamental da análise” (FERENCZI, 1928/2011, p. 31).

Outro ponto de tensão instaurado no trabalho de 1924 incide justamente sobre o tema do Congresso. Ferenczi e Rank questionam (BOKANOWSKI, 2002) a influência recíproca da técnica sobre a teoria e, inversamente, da teoria sobre a técnica, e sublinham que é necessário abandonar, tanto quanto possível, os pressupostos teóricos quando se aborda a situação analítica. Trata-se, portanto, de “abordar cada caso novo de maneira nova, isto é, não se fechar para novas experiências” (BOKANOWSKI, 2002, p. 23) No pensamento de Ferenczi (BOKANOWSKI, 2002), sobretudo, é a prática que permite à teoria encontrar a sua amplitude e sua pertinência. Desta afirmação derivam, como tentativa de corroborar tal tese, as experimentações e os avanços técnicos notórios do

psicanalista húngaro. Freud, em contraponto, defendia que a teoria ajuda a pensar e explicitar as complexidades da prática, mesmo que nem sempre as resolva. Essa discussão se tornou objeto de uma importante tensão entre Freud e Ferenczi no que concerne ao tipo e a escolha do engajamento do analista na prática. Ponto de tensão que será retomado, mais adiante, na discussão de “Análise terminável e interminável” (1937a).

Podemos extrair desse primeiro momento de tensão entre Freud e Ferenczi, alguns pontos de divergência como, por exemplo, a importância que Ferenczi atribui ao afeto em detrimento da representação; uma maior valorização da repetição em detrimento da rememoração; e o modelo de análise, no qual há um predomínio da regressão e das experiências vividas (*Erlebnis*), distinguindo-se do modelo freudiano baseado exclusivamente no levantamento do recalcado, que possibilita ao analista ir ao encontro do material representacional a ser interpretado, possibilitando, assim, ao paciente, a tomada de consciência (*Einsicht*). Essas divergências que podem ser agrupadas em duas modalidades de análise e de prática analítica serão apresentadas mais adiante, nos capítulos subsequentes desta dissertação, nos quais os avanços teóricos e técnicos de Ferenczi serão mais bem detalhados.

2.3

Os últimos escritos de Freud sobre a técnica

Em um dos seus últimos artigos, “Análise terminável e interminável”, escrito em 1937, Freud coloca em discussão o alcance do tratamento analítico. Assim como em outros trabalhos¹¹, trata-se mais uma vez de expor as dificuldades do procedimento analítico e os obstáculos que se interpõe ao sucesso da análise. No entanto, podemos notar que, nesse trabalho de 1937, Freud se detém de maneira mais enfática nos insucessos da clínica. Ele faz uma longa exposição das causas subjacentes a estas dificuldades com que o psicanalista se defronta em seu ofício, e que acabam sabotando suas ambições terapêuticas.

Segundo Bokanowski (2002), existem dois tipos de abordagem que iluminam esse artigo, uma que interessa à prática, e outra, à teoria. O primeiro

¹¹ Conferências XXVII (1916-1917) e XXVIII (1916-1917) das Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Freud também retornaria ao assunto, embora de forma muito mais breve, na última parte da Conferência XXXIV das Novas Conferências Introdutórias (1933[1932]).

eixo, o que se refere à prática e a sua ação terapêutica, é orientado a partir de questões técnicas e práticas, como, por exemplo: existe um “fim” natural da análise? O que se entende por “fim” de uma análise? Qual a sua duração? Uma análise pretende restabelecer a “normalidade psíquica absoluta”? O segundo eixo diz respeito às questões levantadas pela teoria que, para Freud, possuem poder suficiente para recuar os limites da análise e também para reafirmar a ambição do projeto analítico. A questão levantada é a da entropia à mudança que leva certos pacientes a manifestarem reações terapêuticas negativas, que se expressam como atitudes passionais em relação à análise e ao analista, o que, às vezes, ocorre muito tempo depois do final da própria análise, mesmo quando terminada em condições aparentemente satisfatórias.

Diante do insucesso desses casos, cuja evolução favorável estava inicialmente prevista, Freud busca examinar as razões da ausência da esperada mudança, e enumera os elementos de influência e equilíbrio recíprocos entre três fatores: a potencialidade do “trauma” (o acontecimento traumático e a sua possível internalização, sendo o trauma o fator mais imprevisível dos três), a força pulsional e as modificações do ego (isto é, a natureza e a qualidade das defesas).

Ainda acerca das dificuldades encontradas durante o trabalho analítico, Freud é levado a abordar sucessivamente, nas oito seções de seu ensaio, um determinado número de fatores (BOKANOWSKI, 2002), tais como: o fator constitucional que compromete, de início, a aptidão integrativa; as resistências e os mecanismos de defesa, sublinhando, em primeiro lugar, o recalçamento (sendo ele apenas um destes mecanismos); a compulsão à repetição; a modificação do ego (apontando a cisão como uma dessas modificações); a viscosidade ou a labilidade da libido; a transferência negativa e sua reação mais insurgente; a reação terapêutica negativa, oriunda de um forte sentimento de culpa inconsciente (nesse ponto Freud evoca a necessidade de autopunição e a relação entre o sadismo do superego e o masoquismo do ego); a força da “pulsão de destruição” (a pulsão de morte) que vem fazer oposição a Eros; a destrutividade que flutua e se divide por todas as regiões do aparelho psíquico (isto é, o conjunto das três instâncias: id, ego, superego); as ligações entre a sexualidade e as pulsões de destruição que emergem com o problema da homossexualidade; a dificuldade de suportar a diferença dos sexos (a homossexualidade para os homens, a ausência de pênis para as mulheres); e, por fim, a importante questão do feminino e da “rocha”

do biológico (metáfora que aponta para a recusa da realidade do feminino nos dois sexos) como último obstáculo para o avanço do tratamento. Para Freud, a “rocha”, formada pela ação conjunta da bissexualidade e da última teoria das pulsões (Eros e pulsão de morte), fixaria um limite para a analisabilidade. Nas palavras de Freud, trata-se de uma “rocha da origem”, pois:

em nenhum ponto de nosso trabalho analítico se sofre mais da sensação opressiva de que todos nossos repetidos esforços foram em vão, e da suspeita de que estivemos ‘pregando ao vento’, do que quando estamos tentando persuadir uma mulher a abandonar seu desejo de pênis, com fundamento de que é irrealizável, ou quando estamos procurando convencer um homem de que uma atitude passiva para com homens nem sempre significa castração e que ela é indispensável em muitos relacionamentos da vida. (FREUD, 1937a/1976, p. 286)

Na oitava e última seção de seu ensaio, momento em que introduz e discute a questão da recusa do feminino, Freud menciona que esta “não escapou a atenção de Ferenczi” cujo artigo “O problema do fim da análise”, escrito dez anos antes, em 1927, sublinha que toda análise, “para ser coroada de sucesso”, deveria ter dominado o “desejo de pênis na mulher e a rebelião contra a posição passiva no homem” (BOKANOWSKI, 2002, p. 22) Freud, diante dessa colocação, acha que, em termos de objetivo prático, Ferenczi “estava pedindo muito” (FREUD, 1937a/1976, p. 286). Essa interlocução de Freud com Ferenczi, segundo Bokanowski (2002) pode ser estendida de uma ponta a outra do ensaio, pois podemos lê-lo como um diálogo no qual Freud tenta justificar suas próprias posições teórico-práticas, condenando Ferenczi por ter ultrapassado determinados limites da psicanálise, ou seja, por ter ido além dos pilares que constituem a especificidade do corpo de conhecimento freudiano.

No “Esboço de Psicanálise” (1940), escrito em 1938, Freud faz mais algumas considerações acerca da transferência, da técnica e da teoria psicanalítica, como em tantos outros artigos e conferências. Este ensaio, como afirma James Strachey em nota, difere dos demais pela forma como é redigido. Ele não se dirige mais a leigos, mas a um público que já detém algum conhecimento prévio da psicanálise. Nele, Freud reafirma as duas modalidades de transferência, a positiva e a negativa, assim como a sua origem na repetição de um protótipo da vida infantil do paciente, que se manifesta no momento da análise no qual o analista é

colocado no lugar da mãe ou do pai do paciente. Freud apresenta três vantagens que a transferência traz consigo. A primeira diz respeito ao seu caráter positivo que a torna a “verdadeira força motivadora da colaboração do paciente” (FREUD, 1940/1976, p. 202); a segunda vantagem circunscreve o momento no qual o analista, ocupando o lugar da mãe ou do pai do paciente, ou seja, da origem de seu superego, dispõe do poder de pós-educá-lo; por fim, o analista tem a possibilidade de observar a produção, reprodução e representação de uma parte importante da vida do paciente diante si. Enquanto desvantagem do fenômeno transferencial, Freud reforça a ideia de que certas exigências de satisfação erótica que podem acontecer sob diversos formatos - tais como envolvimento sexual propriamente dito, ou maneiras mais sutis, como intimidade, preferências por certos pacientes em detrimento de outros - irão aparecer e retirar o foco do tratamento. Para evitar tais percalços, ele reafirma sua orientação para a manutenção da abstinência por parte do analista, com o intuito de fazer o paciente defrontar-se com a frustração, pois “um manejo cuidadoso da transferência, de acordo com essa orientação, é, via de regra, extremamente compensador”. (FREUD, 1940/1976, p. 204).

Ainda em seu último trabalho, Freud apresenta algumas limitações quanto ao alcance da técnica psicanalítica, e reafirma que o paciente que irá se submeter ao tratamento deve ter uma coerência e compreensão das exigências da realidade conservadas, pois, caso contrário, ele não poderá engajar-se na análise. Por isso, “descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a eles talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor.” (FREUD, 1940 [1938]/1976, p. 200)

Após essa exposição, seria necessário tomar algum cuidado para não restringirmos de modo absoluto o alcance da técnica de Freud somente aos casos de neurose, supondo que todas as suas observações técnicas estejam vinculadas de modo exclusivo ao tratamento deste tipo de paciente. Sabemos que Freud atendeu uma grande variedade de casos, tendo alguns deles produzido referenciais técnicos relevantes e inovadores. Todavia, em seus escritos técnicos cuja finalidade é a formação de novos analistas e a difusão da prática analítica, Freud privilegiou, os atendimentos dos casos de histeria como modelos exemplares da prática psicanalítica (1912a, 1912b, 1913, 1915a [1914]).

Assim, podemos destacar que Freud toma o modelo da neurose como aquele a partir do qual a técnica psicanalítica irá se fundamentar, sendo a psicose, por exemplo, um caso infecundo tecnicamente. A clínica freudiana era, em sua maioria, composta por histéricas que, de certa forma, facilmente manifestavam sua transferência através de sentimentos eróticos em relação ao médico, o que confirmava que a dificuldade de manejo nesses casos remetia à exigência de uma neutralidade do analista frente às demandas daquelas pacientes. Entre os anos 1910 e 1920, Freud reafirma as balizas técnicas da clínica psicanalítica: a *associação livre* como regra fundamental; o *princípio de abstinência* que intensifica o estado de frustração do paciente para redirecionar o investimento para o trabalho analítico, produzindo, assim, a emergência do material recalcado; e a *interpretação* como ferramenta principal do analista, o que o levou a chamar a prática psicanalítica de “arte interpretativa”. Desta maneira, podemos dizer que a direção da clínica freudiana é sustentada pelo princípio da abstinência e pela interpretação do desejo irrealizável, modelo esse que visa à responsabilização do sujeito (do analisando) frente aos impasses do interdito e da castração.

Atento à técnica freudiana, e, sobretudo, aos limites desta técnica para alguns casos, Sándor Ferenczi começa a experimentar alterações na técnica clássica, chegando a propor um manejo clínico pautado em princípios diferentes, principalmente no que tange a postura do analista. Essas inovações técnicas, elaboradas progressivamente entre 1928 e 1933, acarretarão em um inevitável conflito com Freud, o qual terá como ápice a concepção ferencziana a respeito do traumatismo infantil.

No próximo capítulo, iremos destacar dois eixos complementares que perpassam todo o percurso de Ferenczi. O primeiro diz respeito ao seu esforço para inserir na experiência analítica os casos clínicos que eram recusados por seus colegas, pois eram considerados não analisáveis ou situados nos limites do analisável, como por exemplo, as psicoses, os estados limites, os casos de psicossomática e as neuroses narcísicas. O segundo eixo, complementar ao primeiro, tange a perspicácia clínica de Ferenczi na sua busca de pensar minuciosamente a fenomenologia e a metapsicologia do processo psicanalítico. Esta postura atenta aos pequenos signos presentes na experiência transferencial, junto à sua implicação em pensar o lugar e a função de todos os instrumentos

metodológicos da experiência psicanalítica, lhe permitiu questionar os seus limites e com isso desvendar novos horizontes para a clínica psicanalítica.